

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°

1446

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Charles SEBBAN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Né le 12 Janvier 1915, à ORAN (Algérie)

LA DOULEUR
DANS LES ANNEXITES

FORMES CLINIQUES - PATHOGÉNIE
ESSAI DE TRAITEMENT PAR L'ACIDE
CYCLOPEQTÉNYLALLYLBARBITURIQUE

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939
—

THÈSE

N° —
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Charles SEBBAN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Né le 12 Janvier 1915, à ORAN (Algérie)

LA DOULEUR
DANS LES ANNEXITES

FORMES CLINIQUES - PATHOGÉNIE
ESSAI DE TRAITEMENT PAR L'ACIDE
CYCLOPEQTÉNYLALLYLBARBITURIQUE

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1939

I. — Professeurs

Anatomie.	MM. ROUVIERE. Léon BINET. STROHL. POLONOVSKI. Robert DEBRE. BRUMPT. BAUDOUIN. PASTEUR-VAL- LERY-RADOT. MONDOK. LEROUX. CHAMPY. TIFFENEAU. AUBERTIN. TANON. BALTHAZARD. LEVY-VALENSI. Henri BENARD. CHIRAY. ABRAMI. FIESSINGER. LOEPER. RATHERY. LEREBoullet. NOBECOURT. LAIGNEL- LAVASTINE. GOUGEROT. GUILLAIN. LEMIERRE. CUNEO. GOSSET. GREGOIRE. LENORMANT. VELTER. CHEVASSU. COUVELAIRE. JEANNIN. LEVY-SOLAL. MOCQUOT. OMBREDANNE. HARVIER. LEMAITRE. Pierre DUVAL. VILLARET. TROISIER. MATHIEU. LAUBRY. Clovis VINCENT. N... HAZARD. MULON. OLIVIER. SANNIE. VERNE.
Physiologie.	
Physique médicale.	
Chimie médicale.	
Bactériologie.	
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	
Pathologie et thérapeutique générales.	
Pathologie médicale.	
Pathologie chirurgicale.	
Anatomie pathologique.	
Histologie.	
Pharmacologie et matière médicale.	
Thérapeutique.	
Hygiène et médecine préventive.	
Médecine légale.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	
Pathologie expérimentale et comparée.	
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	
Clinique médicale.	
Hygiène et clinique de la première enfance.	
Clinique des maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	
Clinique des maladies du système nerveux.	
Clinique des maladies infectieuses.	
Clinique chirurgicale.	
Clinique ophtalmologique.	
Clinique urologique.	
Clinique d'accouchements.	
Clinique gynécologique.	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	
Clinique thérapeutique médicale.	
Clinique oto-rhino-laryngologique.	
Clinique thérapeutique chirurgicale.	
Clinique propédeutique.	
Clinique de la Tuberculose.	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	
Clinique cardiologie.	
Clinique de neuro-chirurgie.	
Assistance médico-sociale.	
Professeurs sans chaire.	

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	DEGREZ (H.).. Physique.
BARIETY Pathologie médicale.	DESOILLE Médecine légale.
BERNARD Et.. Pathologie médicale.	DIGONNET Obstétrique.
BESANÇON (J.) Hydrologie.	DOGNON Physique.
BONNET Bactériologie.	FEVRE Pathologie chirurgicale.
BOULANGER Chimie.	FUNK- BRENTANO.. Pathologie chirurgicale.
BOULIN Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BROUET Pathologie médicale.	GARCIN Pathologie médicale.
BULLIARD Histologie.	M ^{lle} GAUTHIER- VILLARS.. Anatomie pathologique.
CACHERA Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
CORDIER Anatomie.	DE GENNES Pathologie médicale.
COSTE Pathologie médicale.	GIROUD Histologie.
COUVELAIRE (R.) Urologie.	HAGUENAU Pathologie médicale.
DELARUE Anatomie pathologique.	
DELAY Pathologie médicale.	



MM.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON Hygiène.
LACOMME Obstétrique.
LANTUEJOUL .. Obstétrique.
LAVIER Parasitologie.
LELONG Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale
LENEGRE Pathologie médicale.
LEVY (M^{me} J.).. Pharmacologie.
MARCHAL Pathologie médicale.
MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET Pathologie médicale.

MM.
MOUQUIN Pathologie médicale.
PATEL Pathologie chirurgicale.
PETIT.
DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
RENARD Ophtalmologie.
RICHET Physiologie.
SENEQUE Pathologie chirurgicale.
SICARD Pathologie chirurgicale.
SOULIE Pathologie médicale.
SUREAU Obstétrique.
TURPIN Pathologie médicale.
WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.
ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-
BERT Physiologie.
GUENIOT Obstétrique.

MM.
HEITZ-BOYER .. Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
LE LORIER Obstétrique.
NEVEU-
LEMAIRE. Parasitologie.
VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.
ALAJOUANINE.
BRULE
CATHALA
CHABROL
CHEVALLIER..
DONZELOT
DUVOIR
GASTINEL
HUGUENIN
LAROCHE (G.).
LIAN
MOREAU
PIEDELIEVRE.
SEZARY
} Clinique médicale.

MM.
BASSET
BROCQ
CADENAT
GATELIER
DE GAUDART-
D'ALLAINES.
LEVEUF
MOULONGUET.
MOURE
QUENU
} Clinique chirurgicale.
ECALLE
METZGER
PORTES
VIGNES
} Clinique obstétricale.

V. — Chargés de cours

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique
LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE VENEREE DE MON PERE

A MA MERE

Témoignage de profonde affection
et de reconnaissance.

A MA FIANCEE

A MES FRERES ET SŒUR

A MON BEAU-FRERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommage respectueux.

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR GAUDICHON

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. BEZANÇON

MONSIEUR LE PROFESSEUR B. CUNEO

MONSIEUR LE DOCTEUR P. HALBRON

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LARDENNOIS

MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ BENARD

MONSIEUR LE DOCTEUR L. BABONNEIX

MONSIEUR LE DOCTEUR BRECHOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ET. BERNARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR C. JEANNIN

MONSIEUR LE DOCTEUR A. TZANCK

A MES AUTRES MAITRES

MONSIEUR LE DOCTEUR FRED SIGUIER
Ancien Interne, Médaille d'Or des Hôpitaux de Paris
Chef de Clinique Médicale à la Faculté

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LANTUEJOUL
Accoucheur des Hôpitaux

MESDEMOISELLES
LES DOCTEURS RIOM ET DREYFUS-SEE
MESSIEURS LES DOCTEURS
REINHOLD, MOCK, KREIS, CHOME
Anciens Chefs de Clinique et Assistants
des Hôpitaux de Paris

MESSIEURS LES DOCTEURS
SOYER, GIRARD, STREUSAND
Anciens Internes des Hôpitaux de Paris

A MES CONFÉRENCIERS
D'EXTERNAT ET D'INTERNAT

LA DOULEUR DANS LES ANNEXITES

INTRODUCTION

La douleur, symptôme essentiel, est un phénomène complexe dont on a cherché depuis très longtemps à connaître l'étiologie et à combattre les désastreux effets.

Son traitement, aujourd'hui facilité par les ressources très grandes de la pharmacologie, fut, au cours des siècles passés, le but essentiel du praticien. « Divinum opus est sedare dolorem » (Hippocrate). Cette formule est encore vraie et nos connaissances sur la pathogénie de la douleur ne se sont guère accrues.

« La douleur est un phénomène individuel, monstrueux et non une loi de l'espèce. C'est un fait de maladie, un désordre que les conséquences ne nous permettent pas de contempler avec détachement, qu'il faut chercher à bien connaître pour le mieux combattre. Depuis bientôt un siècle, nous avons cultivé notre sensibilité sur tous ses modes. Nous souffrons plus facilement que nos anciens à éviter la plus minime douleur, parce que nous savons que c'est possible. » (Leriche).

Telles sensations douloureuses, autrefois bien supportées, sont aujourd'hui l'objet d'une étude atten-

tive de la part des médecins. Parmi les connaissances dans cette voie, nous citerons l'étude des procédés propres à prévenir les douleurs de l'accouchement; également les douleurs qui accompagnent certaines affections des annexes chez la femme.

L'alcool et l'opium constituaient au xix^e siècle les deux meilleurs moyens pour diminuer la douleur.

Au xx^e siècle, la chimie a permis de découvrir ou de faire la synthèse de produits analgésiques ou sédatifs capables d'atténuer la douleur, de l'enrayer sans léser moindrement les fonctions intellectuelles. Tels sont les barbituriques qui agissent puissamment contre la douleur et l'insomnie.

Dans ce modeste travail, nous étudierons:

a) les phénomènes douloureux des annexites; en rappelant au préalable les formes cliniques les plus couramment observées;

b) les traitements médicaux de ces affections;

c) très sommairement les caractères et les propriétés physiologiques des composés chimiques analgésiques utilisés.

CHAPITRE PREMIER

LA DOULEUR DANS LES ANNEXITES

I. — Rappel clinique.

Lorsqu'en 1872, Lawson Tait fit sa première opération d'ablation des annexes, non seulement il eut le mérite d'innover une intervention féconde en résultats, mais il établit l'individualité de la salpingite, son importance étiologique comme foyer initial, facteur de la transmission infectieuse et dans beaucoup de cas, la prédominance comme lésion extirpable (Forgue).

Deux infections principales sont à l'origine des salpingites:

- a) *la blennorragie;*
- b) *les infections puerpérales.*

1° SALPINGITE BLENNORRAGIQUE. — L'envahissement des trompes par les gonocoques, favorisé par le surmenage, la fatigue, est généralement lent et insidieux. Par continuité, le microbe arrive au niveau de la muqueuse tubaire.

2° SALPINGITE PUERPÉRALE. — Dans ce cas, quelle qu'en soit l'origine, il y a en général une plaie favo-

risant la pénétration du streptocoque. Les phénomènes sont plus aigus; souvent, il en résulte un phlegmon du ligament large et une pelvi-péritonite. Souvent se surajoutent d'autres facteurs infectieux, colibacille, bacille de Koch.

Formes cliniques.

A) D'APRÈS LES LÉSIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES.

Deux formes principales, suivant que la trompe est perméable ou non. Dans le premier cas, elle laisse passer les liquides secrétés, dans le cas contraire, elle les retient.

Une forme qui signale la fréquence des lésions de voisinage.

- a) *Annexites sans rétention.* — Elles comprennent:
 - des lésions des trompes,
 - des lésions des ovaires.

b) *Annexites avec rétention.* — La rétention peut porter sur la trompe ou sur les ovaires.

c) *La salpingo-ovarite avec lésions de voisinage.* — On observe souvent des lésions inflammatoires des annexes associées à des lésions péritonéales ou épiploïques.

B) D'APRÈS LA SYMPTOMATOLOGIE.

a) *Formes suraiguës ou septicémiques* (infection puerpérale).

b) *Formes aiguës*, d'origine intestinale, gonococcique, tuberculeuse.

c) *Formes chroniques* : les plus importantes, les plus difficiles à diagnostiquer.

C'est dans ces formes que se classent les formes inflammatoires, hémorragiques, névralgiques.

2. — Les phénomènes douloureux.

L'origine de la douleur est généralement dans une lésion organique.

Jayle, en 1933, a souligné l'importance de ces lésions du fait de la riche innervation centrale et sympathique de la région pelvienne.

On observe deux sortes de symptômes :

- a) des douleurs abdomino-pelviennes, localisées à la sphère génitale;
- b) des douleurs extra-pelviennes.

A) DOULEURS ABDOMINO-PELVIENNES.

Leurs caractères varient suivant leur origine.

1° *Origine inflammatoire*. — La malade accuse des sensations de pesanteur au niveau du bas-ventre; les hypogastres sont sensibles. La région lombaire est le siège de douleurs violentes et tenaces, diminuées dans le décubitus dorsal; parfois irradiations crurales et fessières. Ces douleurs revêtent la forme de névralgies ilio-lombaires ou sciatiques. Certaines malades ont de la cystalgie (salpingites à situation basse). Notons que ces douleurs augmentent pendant les périodes menstruelles.

2° *Congestions pelviennes*. — Les douleurs sont en rapport direct avec des troubles circulatoires généraux dus souvent à un surmenage physique et favorisés par une position vicieuse de l'utérus. La station debout augmente considérablement la sensation de pesanteur. L'intensité de la douleur entraîne très souvent des troubles du caractère.

3° *Névralgies pelviennes*. — Indépendantes de toute lésion, elles entraînent une asthénie marquée et un amaigrissement considérable. Dans ce cas, on a recours aux médicaments ayant une action calmante sur le grand sympathique.

B) DOULEURS EXTRA-PELVIENNES.

Les phénomènes apparaissent à distance du foyer génital (travaux de Laffont).

On distingue dans ces douleurs propagées:

- des viscéralgies,
- des dermalgies.

a) *Viscéralgies*:

- Troubles digestifs avec douleurs épigastriques;
- Troubles circulatoires;
- Palpitations douloureuses;
- Troubles nerveux;
- Névralgies;
- Migraines.

b) *Dermalgies*:

Fréquemment douleur scapulaire localisée à droite. Laffont donne deux trajets possibles :

1° L'incitation passerait dans le plexus sympathique qui entoure l'artère utéro-ovarienne, gagnerait le sympathique, remonterait le long de l'aorte, franchirait le diaphragme et atteindrait les nerfs intercostaux supérieurs.

2° L'excitation passerait des nerfs utéro-ovariens aux nerfs intermésentériques anastomosés avec les nerfs lombaires au plexus solaire et aux nerfs intercostaux.

La PATHOGÉNIE de ces douleurs est liée au déplacement des annexes au cours de l'affection.

Nous avons distingué deux sortes de salpingites :

— dans la salpingite haute, les trompes sont dans la fosse iliaque;

— dans la salpingite basse, elles se trouvent dans le Douglas par suite du relâchement des ligaments.

Asteriades, en 1920, a montré que la salpingite basse était douloureuse. Dans la forme haute, la douleur est réduite :

1° la sensibilité du Douglas serait due au voisinage des plexus sacré et hypogastrique;

2° il y aurait des pincements des trompes et des ovaires douloureux à cause des filets nerveux;

3° les ligaments utéro-sacrés auraient une grande sensibilité.

Donc, ces affections des annexes peuvent entraîner des phénomènes douloureux variés en intensité et en position.

Ces troubles peuvent être réduits ou supprimés par une thérapeutique appropriée.

CHAPITRE II

TRAITEMENT MEDICAL DES ANNEXITES

Nous considérons deux groupes de traitements:

1° Des traitements biothérapiques.

- sérothérapie,
- vaccinothérapie,
- colloïdothérapie.

2° Des traitements physiothérapiques

- actinothérapie,
- électrothérapie,
- crénothérapie,
- massothérapie.

Certains de ces traitements sont douloureux et, de ce fait, difficilement supportés. Aussi y a-t-il avantage d'y associer une thérapeutique antalgique.

A) LA VACCINOTHÉRAPIE.

Cette méthode ne donnera de bons résultats que si l'organisme peut lutter avec des réserves nutritives et leucocytaires suffisantes.

La vaccinothérapie sera utilisée si l'identification de l'agent microbien est impossible, auquel cas on utilisera des auto-vaccins préparés à partir des sécrétions de la malade.

On combine souvent la vaccination générale avec la vaccination locale qui se fait par application de bouillons-vaccins sur la muqueuse utérine.

Technique. — Le vaccin se fait en injections sous-cutanées ou intra-musculaires. Au début, les doses doivent être minimales; on augmente progressivement jusqu'à la cinquième injection. On fait généralement quinze piqûres espacées sur deux mois. Dans certains cas rebelles, on pratique une deuxième série d'injections en augmentant la dose dès la première injection; ceci après avoir observé un repos de trois à six mois environ, selon les cas particuliers. En cas de réaction violente, il est recommandé de diminuer les doses.

Indications de la vaccination:

— *Infections aiguës:* traiter avec la plus grande prudence. Employer les doses faibles répétées fréquemment.

— *Infections chroniques:* les doses seront plus fortes et aussi plus espacées.

Pendant les règles, interrompre le traitement; il sera repris avec une légère modification; les doses seront inférieures à celles des dernières injections.

Contre-indications : lésions viscérales, diabète.

B) LA SÉROTHÉRAPIE.

Elle est préconisée d'emblée dans les cas graves, car elle fournit une immunité passive et immédiate. Elle a une action passagère par suite de la destruction des anticorps par l'organisme.

Inconvénients de la sérothérapie : Risque d'entraîner des accidents sériques graves.

On peut employer trois sortes de sérums :

- le sérum polyvalent de Leclainche et Vallée;
- le sérum antistreptococcique;
- le sérum antigangréneux polyvalent.

Technique : Doses fortes d'emblée, en rapport direct avec la gravité de l'infection. Dans les cas graves, on peut aller jusqu'à 100 cc. de sérum antistreptococcique en 24 heures et par doses fractionnées. Le lendemain et le surlendemain, on fera 50 cc. Les injections doivent être faites très lentement, sous la peau de l'abdomen, assez haut pour que la douleur provoquée par la piqûre n'entrave pas un examen gynécologique éventuel.

C) LA DIATHERMOTHÉRAPIE.

On emploie ce procédé dans les formes névralgiques non inflammatoires, mais ses indications ne se limitent pas à ces cas.

Associée à la vaccinothérapie générale, la diathermie la transforme en vaccinothérapie locale par la congestion passive des tissus qu'elle entraîne; la température qui monte à 41° suffit en principe à tuer les gonocoques.

La diathermie présente une action analgésiante qui est due aux courants de haute fréquence; d'où un grand avantage dans les formes névralgiques.

Technique: On a envisagé deux procédés:

a) on place une électrode abdominale et l'autre sacro-iliaque;

b) on peut remplacer l'électrode abdominale par une électrode vaginale constituée par un ovule métallique ou une bougie de Hégar.

Chaque séance dure environ vingt minutes, peut aller jusqu'à quarante, suivant la tolérance de la malade.

Intensité: 1,5 à 3 ampères.

Le traitement de la douleur sera appliqué systématiquement ou à la demande de chaque cas particulier.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DU SYMPTOME « DOULEUR »

par l'acide cyclopenténylallylbarbiturique.

Ce composé barbiturique est un exemple de produit pouvant agir sur la douleur des annexites. Nous allons envisager sommairement quelques propriétés physiologiques de ce corps.

a) ACTION SUR LA PRESSION ARTÉRIELLE.

L'injection intraveineuse pratiquée rapidement provoque une chute de la pression artérielle. Cette chute de pression n'a pas lieu par les autres voies d'absorption du médicament.

b) MODIFICATIONS RESPIRATOIRES.

L'action des barbituriques se traduit par une dépression sur le centre respiratoire. La plupart de ces dérivés provoque d'ailleurs la mort par paralysie respiratoire chez l'animal; mais il faut atteindre des doses élevées pour observer un tel effet. Avec le cyclopenténylallyl-barbiturate de soude, la dépression ne devient sensible chez le chien chloralosé qu'avec une dose de cinq centigrammes par kilogramme.

c) ACTION SUR L'EXCITABILITÉ VAGO-SYPATHIQUE:

Elle est insignifiante.

d) ACTION SUR LE SANG:

Avec les doses courantes, on n'observe aucune modification de la formule sanguine.

Etude clinique.

Les applications de l'acide cyclopenténylallylbarbiturique et de ses sels sont multiples.

Brizard, en 1934, montrait les possibilités d'emploi de ces corps dans l'analgésie générale en remplacement de la morphine.

F. Rolland et Vieillefosse ont obtenu de très bons résultats avec l'acide cyclopenténylallylbarbiturique comme prénarcotique préparatoire à l'anesthésie générale par inhalation.

Etude expérimentale.

Résulte d'observations rapportées ci-dessous.

Employé par voie buccale et par voie rectale.

1° *Comprimés*: dosés à 0,15 gr. de cyclopenténylallylbarbiturate de pyramidon.

2° *Suppositoires*:

a) acide cyclopenténylallylbarbiturique
cyclopenténylallylbarbiturate de pyrami-
don

ââ 0,10

b) acide cyclopenténylallylbarbiturique	0,125
cyclopenténylallylbarbiturate d'éphédrine	0.05
extrait de belladone totale	0.02

Résultats.

Dans les douleurs spontanées des névralgies annexielles, un suppositoire le soir calme, puis supprime les douleurs en quelques jours.

Les nerveuses insomniaques sont calmées rapidement et recouvrent le sommeil.

Les douleurs que provoque la diathermothérapie sont remarquablement supprimées par l'administration d'un suppositoire la veille au soir et d'un second suppositoire (ou de deux comprimés) le jour du traitement.

OBSERVATIONS

Prises dans le Service du Professeur Lévy-Solal.

OBSERVATION N° 1

Mme X..., âgée de 25 ans.

Antécédents: 2 enfants.

Une fausse-couche spontanée non curettée en avril 1937.

Le 2 mai 1938, vient consulter pour:

- des douleurs lombaires, plus marquées à gauche,
- des douleurs abdominales bas situées, surtout à

gauche, plus marquées après la marche, légèrement calmées par le repos au lit,

— des phénomènes de cystite avec hématurie terminale, pollakiurie,

— de la constipation.

A l'examen: col énorme, déchiqueté, leucorrhée intense, endocervicite.

Le toucher vaginal montre des signes d'annexite bilatérale, plus marquée à gauche.

Prélèvement: présence de nombreux polynucléaires et de diplo-bacilles gram négatifs.

Examen cyto-bactériologique des urines: colibacilles en abondance avec polys.

Traitement. On prescrit:

a) instillations de nitrate d'argent au 1/500^e puis à 1/200^e;

b) lavages à l'oxycyanure de mercure au 1/5.000 ;

c) injections vaginales avec tamponnements.

De plus, tous les soirs et pendant une semaine, un suppositoire cystocône qui soulage la malade.

Le 17 mai, pour rendre plus aisée la diathermie, on administre un suppositoire hypalène la veille, à 22 heures, et un deuxième suppositoire cystocône le lendemain matin, une heure avant la séance. Cette technique est répétée deux fois par semaine. Douze séances sont très bien supportées. La malade, dans l'intervalle, vaque normalement à ses occupations.

Un mois après on examine à nouveau la malade, et on constate que:

— l'endocervicite est très atténuée,

— les culs-de-sac ne sont ni sensibles ni empâtés,

— la cystite a disparu, suppression de la douleur.

La malade est considérée comme guérie.

OBSERVATION N° 2

Mme X..., 30 ans.

Antécédents : grossesse extra-utérine, opérée en 1929.

Le 1^{er} juin 1938, vient consulter pour :

- des douleurs dans le bas-ventre, du côté droit, douleurs plus marquées après la marche,
- de la leucorrhée,
- de la dysurie,
- de l'insomnie.

A l'examen: bartholinite gauche.

Traitement antigonococcique :

Injectons d'eau peptonée tous les deux jours et pulvérisations à la glycérine phéniquée deux fois par semaine.

Un suppositoire d'hypalène tous les soirs.

Dès le premier jour, les douleurs diminuent d'intensité, le sommeil revient.

Quinze jours après, on prescrit une série de séances de diathermie complétées par suppositoires et comprimés d'hypalène;

Un suppositoire la veille au soir;

Deux comprimés le matin, une heure avant la séance.

Les douleurs disparaissent dès les premières applications.

Le 20 juillet, disparition complète des signes fonctionnels et amélioration notable des signes physiques.

OBSERVATION N° 3

Madame X...

Antécédents: néant.

Le 16 mai 1938, vient consulter pour :

- des douleurs abdominales bilatérales, intermittentes, provoquées surtout par la fatigue,
- des douleurs lombaires plus accentuées à droite,
- des phénomènes de cystite accompagnée de constipation opiniâtre.

A l'examen, on note :

- exocervicite,
- cul-de-sac de Douglas douloureux,
- salpingite double.

Un prélèvement montre quelques bacilles Gram négatifs et des polynucléaires.

On institue immédiatement un traitement de la cystite et de la colibacillose ainsi que de la métrite; d'autre part et pendant les six premiers jours, un suppositoire cystocône le matin, avant le début du traitement.

On constate immédiatement une sédation des phénomènes douloureux urinaires, mais persistance des douleurs dans le bas-ventre.

On administre un suppositoire d'hypalène le soir et un suppositoire cystocône le matin pendant la durée du traitement diathermique.

La malade, revue quinze jours plus tard, on note :

- disparition complète de tous les symptômes douloureux, de la cystite.
- persistance de quelques signes de métrite.

OBSERVATION N° 4

Madame X..., 21 ans.

Antécédents : néant.

Le 12 avril 1938, vient consulter pour :

- des douleurs lombaires bilatérales, intermittentes, provoquées par la marche ou la fatigue et accompagnées de douleurs bilatérales dans le bas-ventre.

- leucorrhée jaunâtre intense,
- cystalgie légère,
- dysménorrhée.

A l'examen on constate :

- un gros col rouge, présentant une ulcération de la dimension d'une pièce de 50 centimes à la lèvre supérieure,
- endo et exocervicite,
- culs-de-sac sensibles bien que souples.

Prélèvement : pratiqué le lendemain, montre une flore microbienne banale et de nombreux polys.

Traitement : celui de la métrite.

De plus, matin et soir, un suppositoire cystocône.

Au bout de 48 heures, plus de douleurs.

Dès le quatrième jour, un seul suppositoire cystocône le matin.

Le 22 avril : étincelage du col.

Le 24 avril : On prescrit une série de dix séances de R.U.V. intracervical à raison de deux séances par semaine. Chaque séance est précédée de l'administration d'un suppositoire cystocône.

La malade n'accuse aucune douleur au cours du traitement.

Le 1^{er} mai, l'examen montre :

- un col normal,
- des culs-de-sac souples,
- plus de douleurs.

OBSERVATION N° 5

Madame X..., 33 ans.

Antécédents : fausse-couche spontanée en juin 1937, suivie d'une métrite traitée.

Le 7 juin 1938, vient consulter pour :

- douleurs dans le bas-ventre,
- leucorrhée jaunâtre abondante.

A l'examen : exocervicite, cul-de-sac de Douglas douloureux.

Prélèvement pratiqué le surlendemain montre la présence de gonos en abondance et de polys.

Traitement:

a) Antiblennorragique.

- lavages au permanganate à 1/5.000^e tous les jours,
- tamponnements trois fois par semaine.

b) Un suppositoire cystocône le soir au coucher, pendant six jours.

Suppression des douleurs.

Le 15 juin : La leucorrhée a diminué.

On observe encore une grosse métrite et des œufs de Naboth.

Prélèvement : diplobacilles Gram négatifs, associés à des polys, mais pas de gonocoques visibles.

Le 20 juin : Etincelage du col.

Mais les douleurs reprennent.

On prescrit alors la diathermie, chaque séance étant précédée de l'administration d'un suppositoire cystocône six heures avant.

Après dix séances réparties en cinq semaines, la disparition des douleurs est complète.

Les suppositoires cystocône ont facilité le traitement en supprimant la douleur.

OBSERVATION N° 6

Madame X..., 28 ans.

Antécédents : 3 enfants.

1 fausse-couche curettée en juillet 1937.

Le 2 février 1938, vient consulter pour :

- des douleurs lombaires bilatérales continues non calmées par le repos au lit, augmentées par la station debout,
- des douleurs bilatérales dans le bas-ventre, intermittentes, augmentées par la marche, calmées par le décubitus dorsal,
- de la dysménorrhée.

Examen :

- gros col ulcéré au niveau de la lèvre supérieure,
- exo et endocervicite intenses,
- culs-de-sac latéraux douloureux au toucher, mais cependant souples.

Prélèvement : flore microbienne variée avec polys.

Traitement: Injections de Terpinol,

- Tamponnements et lavages à l'oxycyanure de mercure à 1/5.000^e tous les deux jours pendant 15 jours.

Contre les douleurs: à 10 heures du soir, le 7 février, un suppositoire cystocône qui les fait diminuer d'intensité. La malade s'endort une heure après.

Un deuxième suppositoire administré le lendemain à 16 heures, supprime complètement les douleurs.

Quinze jours plus tard, la malade revient :

— légère amélioration des signes physiques, mais les douleurs sont réapparues.

On prescrit dix séances de R.U.V. intracervical.

Dès la première séance, la malade s'agite et les douleurs persistant par la suite, on lui administre de l'hypalène qui la calme en une demi-heure et la malade rentre chez elle.

Deux jours plus tard, une heure avant la deuxième séance, un suppositoire cystocône ; la séance a lieu sans douleur.

On a continué la même méthode pour les séances suivantes de R.U.V. et les douleurs ont disparu presque complètement.

Le 22 février, réapparition des douleurs lombaires, surtout à gauche et des douleurs pelviennes à droite.

Il y a une leucorrhée abondante, de la constipation et l'endocervicite persiste.

Un prélèvement montre la présence de diplobacilles Gram négatifs, de bacilles du type Coli, gram négatifs, et de polys.

On refait des lavages à l'oxycyanure de HG, puis, le 24 février, on entreprend la diathermothérapie. La première séance de 10 minutes est extrêmement pénible ; on administre immédiatement un suppositoire de cystocône et deux comprimés d'hypalène qui font disparaître les douleurs en vingt minutes.

Aux séances suivantes, on donne un suppositoire cystocône une heure avant le traitement.

La malade ne se plaint plus et supporte aisément les huit séances suivantes.

CONCLUSIONS

La douleur localisée à la sphère génitale ou à son voisinage prend, dans la symptomatologie d'és affections pelviennes chez la femme une grande importance à cause de la riche innervation centrale et sympathique de la région.

Cette importance est accrue par le retentissement sur l'état physique et psychique des malades qui transforme parfois celles-ci en infirmes.

La recherche d'une thérapeutique antalgique dans les formes chroniques et névralgiques des salpingo-ovarites apparaît donc comme une nécessité absolue.

Nous retiendrons d'ènc la valeur de l'acide cyclopenténylallylbarbiturique et de ses sels comme sédatifs du symptôme « douleur » dans les annexites, en raison de :

- son action rapide et relativement durable,
- son absorption réelle par voie rectale,
- sa toxicité pratiquement nulle aux doses thérapeutiques.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



